

aumentados na periferia. Mais relatos são necessários para estabelecer critérios claros para auxiliar na diferenciação clínica dessas doenças.

Embora a QCP seja considerada lesão benigna, geralmente é refratária a vários tratamentos tópicos, incluindo corticosteroides tópicos e intralesionais, inibidores de calcineurina tópicos, agentes antibióticos e antifúngicos; portanto, alguns autores consideraram uma abordagem mais invasiva.^{1,2} Não está claro se a QCP pode representar lesão precursora de neoplasias malignas, como o CEC.⁴ Portanto, o seguimento cuidadoso é recomendado.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Daniella Truffello: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; concepção e planejamento do estudo.

Carolina Cevallos: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Claudio Escanilla: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.





Pauline Morgan: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Yamaguchi Y, Nishie W, Ito T, Shimizu H. Plasma cell cheilitis successfully treated with topical calcineurin inhibitors. *Eur J Dermatol.* 2016;26:609–10.
2. Lee JY, Kim KH, Hahm JE, Ha JW, Kwon WJ, Kim CW, et al. Plasma Cell Cheilitis: A Clinicopathological and Immunohistochemical Study of 13 Cases. *Ann Dermatol.* 2017;29:536–42.
3. Ito T, Natsuga K, Tanimura S, Aoyagi S, Shimizu H. Dermoscopic features of plasma cell cheilitis and actinic cheilitis. *Acta Derm Venereol.* 2014;94:593–4.
4. Yokoi Y, Ohshita A, Maruyama A, Komori S, Masui K, Katoh N, et al. Squamous cell carcinoma arising from plasma cell cheilitis successfully treated with brachytherapy. *J Dermatol.* 2020;47:e239–40.

Daniella Truffello ^{a,*}, Carolina Cevallos ^a,
Claudio Escanilla ^b
e Pauline Morgan ^c

^a Residente em Dermatologia, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

^c Departamento de Patologia, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua, Chile

* Autor para correspondência.

E-mail: daniella.truffello@usach.cl (D. Truffello).

Recebido em 21 de outubro de 2020; aceito em 26 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.009>
2666-2752/ © 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia.
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Reação semelhante à picada de inseto em paciente com linfoma de células T^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A reação semelhante à picada de inseto (*Insect Bite-Like Reaction* [IBLR]) é distúrbio cutâneo raro, associado a neoplasias malignas hematológicas, como leucemia e linfoma

maligno.¹ Neoplasias malignas hematológicas são derivadas de células B na maioria dos casos.² Descreve-se aqui um caso raro de IBLR em paciente com linfoma anaplásico de grandes células (LAGC), um tipo de linfoma de células T. Que seja de nosso conhecimento, esse é o terceiro relato de IBLR associado a linfoma de células T.

Um homem de 84 anos foi diagnosticado com LAGC negativo para ALK e tratado com quimioterapia (combinação de pirarubicina, ciclofosfamida, vincristina e prednisolona) em um hospital, com remissão completa. Dois anos depois, ele procurou atendimento, queixando-se de nódulos pruriginosos nas mãos e nas costas (sem fotografia clínica). A biópsia de um dos nódulos da mão revelou linfócitos proeminentes na epiderme, ao redor de vasos sanguíneos e glândulas sudoríparas na derme, bem como infiltração difusa de eosinófilos (fig. 1), e ele foi diagnosticado com prurigo nodular (PN).

O paciente voltou à mesma clínica queixando-se de nódulos com prurido leve bilaterais na face quatro meses após

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.009>

[☆] Como citar este artigo: Mori T, Irie K, Yamamoto T. Insect bite-like reaction in a patient with T-cell lymphoma. *An Bras Dermatol.* 2022;97:829–32.

^{☆☆} Trabalho realizado na Fukushima Medical University, Fukushima City, Fukushima Prefecture, Japão.

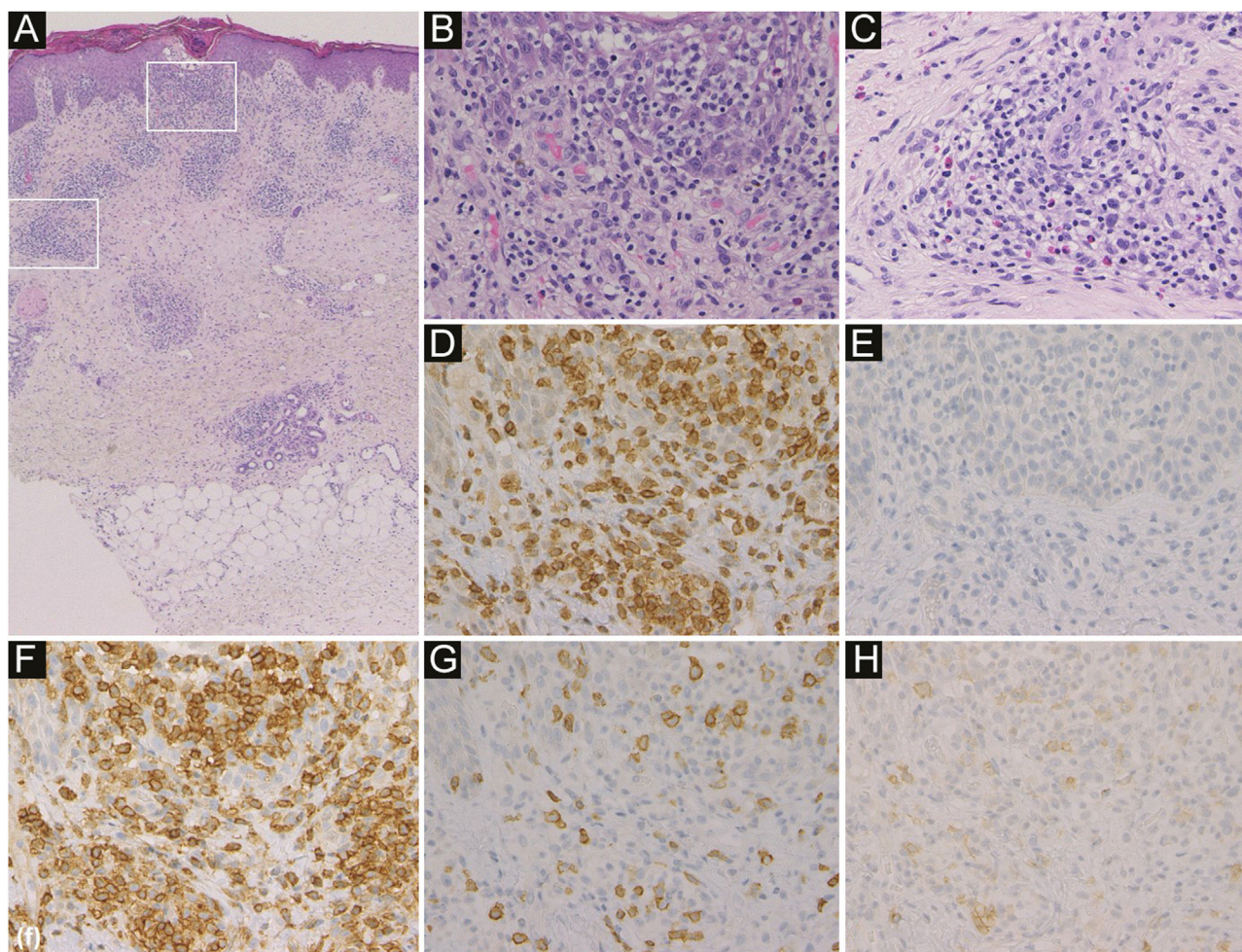


Figura 1 A histopatologia mostra infiltração de células inflamatórias principalmente na epiderme e ao redor de vasos sanguíneos e glândulas sudoríparas na derme (A). Na epiderme, as células inflamatórias são linfócitos (B). Ao redor dos vasos sanguíneos na derme, as células inflamatórias são linfócitos e eosinófilos (C) (Hematoxilina & eosina, ampliação original: A, 50×; B, 400×; C, 400×). A imuno-histoquímica revelou elevada expressão de CD3 (D) e CD4 (F), e pouca expressão de CD20 (E), CD8 (G) e CD30 (H) nos linfócitos que infiltravam a epiderme (ampliação original: d-h, 400×).

a primeira consulta (fig. 2). Ao exame físico, apresentava nódulos arredondados avermelhados ou da cor da pele de 10 mm de diâmetro. Os exames laboratoriais mostraram anemia (hemoglobina 10,0 g/dL), níveis normais de eosinófilos (688 μ L) e níveis discretamente elevados de lactato desidrogenase (289 UI/L) e receptor solúvel de interleucina-2 (750 U/mL). Não havia dados sobre anticorpos IgE séricos. O LAGC não apresentou recorrência naquele momento. A biópsia de um dos nódulos revelou infiltração proeminente de linfócitos, predominantemente células T não neoplásicas CD4 positivas, e eosinófilos principalmente ao redor de vasos sanguíneos e glândulas sudoríparas na derme e tecido subcutâneo (fig. 3). A possibilidade de recorrência do LAGC foi excluída, porque não havia células T neoplásicas positivas com CD30. O paciente foi diagnosticado com IBLR. O uso de corticoide tópico por um mês levou à melhora das lesões cutâneas. A hibridização *in situ* de RNA pequeno codificado pelo vírus Epstein-Barr não foi detectada em nenhum dos espécimes de PN ou IBLR.

Erupções cutâneas são comuns em pacientes com neoplasias malignas hematológicas. Barzilai et al. relataram pela

primeira vez um caso de IBLR no qual o paciente apresentava pápulas, nódulos e placas vermelhas e pruriginosas, sem picada de inseto.¹ A IBLR também é chamada de “erupção eosinofílica associada a doença linfoproliferativa”, “reação exacerbada à picada de inseto” ou “hipersensibilidade à picada de inseto”. A maioria dos casos de IBLR está associada a neoplasias malignas hematológicas derivadas de células B, especialmente a leucemia linfocítica crônica (LLC). Bairey et al. relataram 48 pacientes com IBLR com LLC.³ De acordo com seu relato, a IBLR geralmente aparecia após o diagnóstico de LLC, enquanto em 29% dos pacientes, a mesma aparecia antes do diagnóstico de LLC. A duração média da IBLR era de 21,5 meses. Os locais mais comumente afetados eram os membros inferiores (79%), membros superiores (67%) e cabeça e pescoço (38%). A erupção cutânea da IBLR é clinicamente semelhante à do PN, mas o PN raramente ocorre na cabeça e pescoço. Histopatologicamente, muitos linfócitos e eosinófilos infiltram a derme superior e inferior e o tecido subcutâneo da pele lesionada na IBLR, enquanto essas células inflamatórias infiltram principalmente a epiderme e a derme superior da pele lesionada



Figura 2 Nódulos avermelhados ou cor da pele na região facial direita (setas).

no PN.¹ A IBLR é doença cutânea refratária e é tratada com corticosteroide tópico ou oral, anti-histamínico, dapsona e fototerapia, que, no entanto, são pouco eficazes.¹

A exata patogênese da IBLR ainda é desconhecida. Ela tem sido definida como erupção cutânea inespecífica, em contraste com a leucemia cutis, que está associada a lesões cutâneas específicas. Bairey et al. relataram que a IBLR não estava relacionado à atividade da LLC.³ Erupções semelhantes foram relatadas em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e agamaglobulinemia congênita.⁴

Esses relatos anteriores indicam que uma resposta imune alterada provavelmente desempenha papel causador na IBLR.⁴ A infiltração de muitos eosinófilos sugere alteração no equilíbrio Th1/Th2 em direção a Th2. Simão et al. relataram que clones anormais de células T estimulam a produção de citocinas eosinófilopoiéticas, incluindo IL-4 e IL-5, o que sugere que, no presente caso, a IBLR estava associada ao LAGC.⁵

No presente caso, o PN apresentou-se nas mãos e nas costas do paciente quatro meses antes do aparecimento da IBLR na face. Não houve recorrência do LAGC quando essas doenças cutâneas apareceram. O uso de corticosteroide tópico levou a uma rápida melhora da erupção da IBLR, embora essa seja tipicamente uma doença refratária. Biópsias da região dorsal (PN) e da face (IBLR) mostraram infiltração de muitos eosinófilos e células T não neoplásicas positivas para CD4 (figs. 1 e 3). Esses achados histopatológicos sugerem que o equilíbrio imunológico do presente paciente foi deslocado para Th2, o que provavelmente

estava associado à patogênese do PN e da IBLR no presente caso. Até o momento, 206 casos de IBLR foram relatados, e apenas dois casos foram associados a neoplasias malignas hematológicas com origem em células T.² Portanto, este caso é o terceiro relato de IBLR associada a linfoma de células T. No entanto, ainda não está claro por que a maioria dos casos de IBLR está associada a neoplasias malignas hematológicas derivadas de células B. A patogênese da IBLR deve ser melhor avaliada em estudos futuros.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Tatsuhiko Mori: Projetou o estudo; realizou a pesquisa e contribuiu para a análise e interpretação dos dados; redigiu a versão inicial do manuscrito; leu e aprovou a versão final do manuscrito.

Kinuko Irie: Realizou a pesquisa e contribuiu para a análise e interpretação dos dados; leu e aprovou a versão final do manuscrito.

Toshiyuki Yamamoto: Projetou o estudo; auxiliou na preparação do manuscrito; leu e aprovou a versão final do manuscrito.

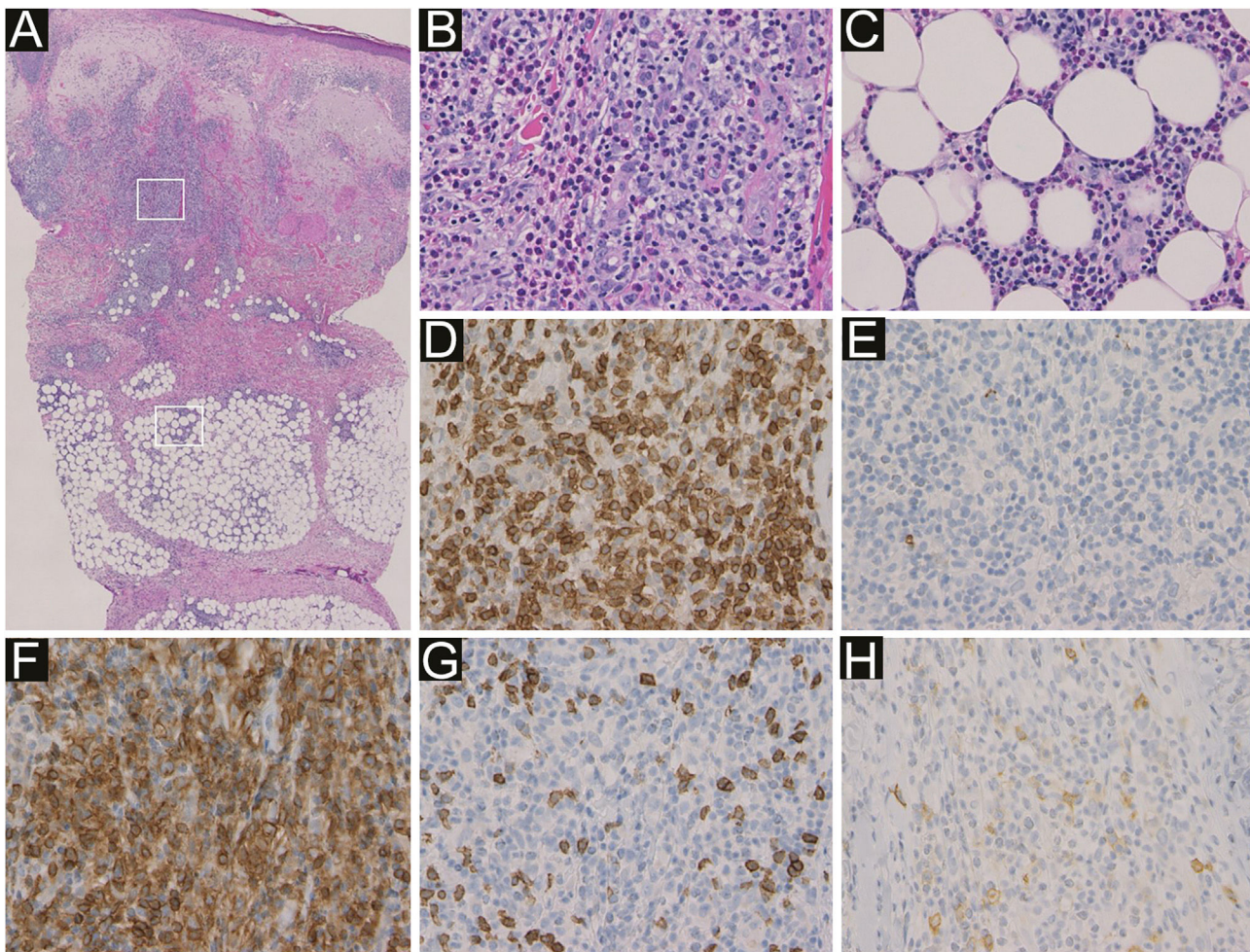


Figura 3 A histopatologia mostra infiltração acentuada de células inflamatórias principalmente ao redor dos vasos sanguíneos e glândulas sudoríparas na derme e tecido subcutâneo (A). O maior aumento revela que na derme (B) e no tecido subcutâneo (C) as células inflamatórias são linfócitos e eosinófilos não neoplásicos (Hematoxilina & eosina, ampliação original: A, 50×; B, 400×; C, 400×). A imuno-histoquímica revela elevada expressão de CD3 (D) e CD4 (F), e pouca expressão de CD20 (E), CD8 (G) e CD30 (H) nos linfócitos infiltrantes (ampliação original: d-h, 400×).

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Barzilai A, Shapiro D, Goldberg I, Yacob-Hirsch Y, Diaz-Cascajo C, Meytes D, et al. Insect bite-like reaction in patients with hematologic malignant neoplasms. *Arch Dermatol.* 1999;135:1503-7.
2. Cohen PR. Hematologic-related malignancy-induced eosinophilic dermatosis (he remained): an eosinophilic dermatosis predominantly associated with chronic lymphocytic leukemia. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:e13-4.
3. Bairey O, Goldschmidt N, Ruchlemer R, Tadmor T, Rahimi-Levene N, Yuklea M, et al., Insect-bite-like reaction in patients with chronic lymphocytic leukemia: a study from the Israeli chronic lymphocytic leukemia study group. *Eur J Haematol.* 2012;89:491-6.
4. Ulmer A, Metzler G, Schanz S, Fierlbeck G. Dapsone in the management of "insect bite-like reaction" in a patient with chronic lymphocytic leukaemia. *Br J Dermatol.* 2007;156:172-4.
5. Simon HU, Plötz SG, Dummer R, Blaser K. Abnormal clones of T cells producing interleukin-5 in idiopathic eosinophilia. *N Engl J Med.* 1999;341:1112-20.

Tatsuhiko Mori ^{ID}*, Kinuko Irie ^{ID}
e Toshiyuki Yamamoto ^{ID}

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

E-mail: mtatsu@fmu.ac.jp (T. Mori).

Recebido em 13 de outubro de 2020; aceito em 28 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.013>

2666-2752/ © 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open

Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).